

The barriers of clinical governance implementation in Khuzestan province hospitals

Ali Mohammad Mosadeghrad¹, Moloud Ghorbani^{2*}

1- Assistant Professor, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- M.Sc, School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and Aim: Identification and removal of the barriers of putting clinical governance into practice facilitate its successful implementation. This study aimed to identify the barriers of clinical governance implementation in Khuzestan province hospitals in 2014.

Materials and Methods: A valid and reliable questionnaire was used for conducting this descriptive cross-sectional study. The questionnaire assessed five issues including managerial, cultural, human resource, procedural, and structural barriers of clinical governance. Questionnaires were completed by clinical governance officers in 40 hospitals of Khuzestan province. All statistical analyses (descriptive and analytical) were done using SPSS. Ethical issues such as informed consent, confidentiality of information and researchers' objectivity were all considered.

Results: The mean score of clinical governance implementation barriers in studied hospitals was 2.92 out of 5. Structural and managerial barriers were respectively the most and least barriers of clinical governance implementation. Lack of doctors' involvement in clinical governance, insufficient financial resources for implementing clinical governance and the bureaucracy involved in clinical governance had created the greatest obstacle in implementing clinical governance.

Conclusion: Hospital managers should overcome the barriers of quality management techniques such as clinical governance before implementing these techniques. In addition, they have to create an appropriate structure and organizational culture in order to facilitate the successful implementation of clinical governance. Besides, health policy makers should develop an appropriate clinical governance model considering the structure and organizational culture of the hospitals.

Keywords: Clinical governance, Quality management, Barriers of clinical governance implementation, hospital

Corresponding Author: School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: ghorbanimoloud@gmail.com

Received: 24 Dec 2016

Accepted: 8 Mar 2017

موانع اجرایی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان

علی محمد مصدق راد^۱، مولود قربانی^{۲*}

۱- استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- کارشناس ارشد مدارک پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و اهداف: شناسایی موانع اجرایی حاکمیت بالینی و اقدام برای رفع آنها به اجرای موفق حاکمیت بالینی کمک می‌کند. این پژوهش با هدف شناسایی موانع اجرایی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: برای انجام این پژوهش بنیادی از یک پرسشنامه با روایی و پایایی بالا استفاده شد که موانع اجرایی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها را در ۵ محور موانع مدیریتی، فرهنگی، انسانی، فرایندی و ساختاری می‌سنجید. پرسشنامه‌ها توسط کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی ۴۰ بیمارستان استان خوزستان تکمیل شد. تحلیل داده‌ها، در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. ملاحظات اخلاقی نظیر جلب رضایت آگاهانه، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان در پژوهش و بی‌طرفی پژوهشگر در این پژوهش رعایت شد.

یافته‌ها: میانگین موانع اجرایی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان برابر با ۲/۹۲ از ۵ امتیاز بوده است. موانع ساختاری و موانع مدیریتی به ترتیب بیشترین و کمترین موانع را در اجرای حاکمیت بالینی ایجاد کردند. عدم مشارکت پزشکان در حاکمیت بالینی، کمبود منابع مالی برای اجرای حاکمیت بالینی و بروکراسی همراه با حاکمیت بالینی بیشترین مانع را در اجرای حاکمیت بالینی ایجاد کردند.

نتیجه‌گیری: مدیران بیمارستان‌ها قبل از اجرای تکنیک‌های مدیریت کیفیت مانند حاکمیت بالینی باید موانع موجود را برطرف کنند و ساختار و فرهنگ سازمانی مناسبی را برای تسهیل اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی ایجاد کنند. سیاستگذاران بهداشت و درمان باید با در نظر گرفتن ساختار و فرهنگ سازمانی و میزان بلوغ سازمانی کارکنان، مدل مناسب حاکمیت بالینی را برای این سازمان‌ها توسعه و برای اجرا پیشنهاد کنند.

کلید واژه‌ها: حاکمیت بالینی، مدیریت کیفیت، موانع حاکمیت بالینی، بیمارستان

مقدمه

امروزه مشتریان سازمانهای خدمات بهداشتی و درمانی، خدمات با کیفیت بالا و با قیمت پایین می‌خواهند. بنابراین، مدیران سازمانهای بهداشتی و درمانی باید در راستای برآورده‌سازی نیازها و انتظارات منطقی مشتریان اقدام کنند. سازمان‌هایی که قادر به تأمین نیازها و انتظارات مشتریان خود نباشند، دیر یا زود از بازار رقابت خارج می‌شوند. انتظارات جامعه از کیفیت خدمات سلامت با افزایش سطح آگاهی و اطلاعات مردم، توسعه بیمه‌های تکمیلی سلامت و اطلاع‌رسانی رسانه‌های عمومی در حال افزایش است.

استراتژی‌های متنوعی برای ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی معرفی شده است. مدیریت کیفیت یکی از این استراتژی‌های سازمانی است که با بهبود سیستم‌ها و فرایندهای کاری و استفاده از فنون مدیریتی به مدیران و کارکنان کمک می‌کند تا کیفیت خدمات، رضایت مشتری و بهره‌وری سازمان‌ها را افزایش دهند [۱]. برای اجرای مدیریت کیفیت در سازمان مدل‌ها و تاکتیک‌های متعددی وجود دارد. به عنوان مثال، مدیریت کیفیت فراگیر از اوایل دهه ۱۹۸۰ میلادی مورد استقبال زیاد سازمان‌های تولیدی و خدماتی واقع شده است. مدیریت کیفیت فراگیر، یک استراتژی سازمانی است که براساس آن مدیران با مشارکت کارکنان، مشتریان و پیمانکاران به بهبود مستمر کیفیت فرایندها و محصولات می‌پردازد که به جلب رضایت مشتری منجر می‌شود [۲].

گزارشات مرتبط با موفقیت مدیریت کیفیت فراگیر، سیاستگذاران و مدیران بهداشت و درمان ایران را تشویق به بکارگیری آن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران کرد. در نتیجه، تقریباً از سال ۱۳۷۵، سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران شروع به بکارگیری مدیریت کیفیت فراگیر کردند. سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران به طور کلی از سیستم ایزو ۹۰۰۱ و ابزار FOCUS-PDCA برای اجرای این استراتژی سازمانی استفاده کردند [۳]. اگرچه مدیریت کیفیت فراگیر تا حدی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران مزایایی داشته است [۴-۷]، ولیکن موفق نبود تا بهبود مستمر و پایدار در کیفیت خدمات ایجاد کند و رضایت مشتریان و بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی را ارتقای مستمر دهد [۸، ۱]. بکارگیری مدل‌های نامناسب مدیریت کیفیت فراگیر، ضعف مدیریت، انگیزه پایین کارکنان، عدم وجود فرهنگ کیفیتی، عدم پاسخگویی مدیران، کمبود منابع، کمبود آموزش، عدم آگاهی مشتریان خدمات بهداشتی و درمانی نسبت به حقوق خود و عدم وجود رقابت در بخش بهداشت و درمان از دلایل عمده شکست مدیریت کیفیت فراگیر در بخش بهداشت و درمان ایران عنوان شده است [۱۲-۹، ۳].

برخی از مدیران بدون توجه به دلایل عدم موفقیت مدیریت کیفیت

فراگیر در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران، شروع به اجرای سایر مدل‌ها یا تکنیک‌های مدیریت کیفیت نظیر مدل مدیریت کیفیت اروپا EFQM و مدل ارزیابی متوازن عملکرد BSC کردند. این مدل‌ها نیز منجر به ارتقای مستمر کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی نشدند. نظام حاکمیت بالینی نیز یکی از آن تاکتیک‌هایی بوده است که در کشور ما بدون مطالعات امکان‌سنجی دقیق از سال ۱۳۸۴ در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران به کار گرفته شد. وزارت بهداشت نیز از سال ۱۳۸۸ اجرای حاکمیت بالینی را برای بهبود کیفیت خدمات به بیمارستان‌های کشور پیشنهاد کرده است [۱۳].

حاکمیت بالینی برای اولین بار در کشور انگلستان معرفی و به کار گرفته شد تا علاوه بر بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، میزان خطرات احتمالی را کاهش دهد و پاسخگویی مدیران و کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی را افزایش دهد [۱۴]. حاکمیت بالینی با بهبود کیفیت بالینی، عملکردی و مالی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، سعی در افزایش مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی آنها دارد [۱۵]. حاکمیت بالینی یک رویکرد سیستمی برای بهبود مستمر و تضمین کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است که می‌تواند به اجرای استانداردهای بالینی و بهبود مستمر کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی کمک کند.

حاکمیت بالینی از واژه حاکمیت سازمانی Corporate Governance گرفته شده است که در دهه ۹۰ میلادی در دنیای تجارت و بازار بورس سهام لندن برای افزایش پاسخگویی و شفافیت عملکرد مدیران شرکتهای سهامی معمول شده بود [۱۶]. اجزای حاکمیت بالینی شامل مدیریت و رهبری، آموزش کارکنان، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مدیریت خطرات احتمالی، مدیریت اطلاعات و مشارکت بیمار و جامعه در ارائه خدمات سلامت است [۱۷]. در ممیزی بالینی با استفاده از استانداردهای تعیین شده عملکرد بالینی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. ممیزی بالینی، شانس اثربخشی بالینی را افزایش می‌دهد. اجرای حاکمیت بالینی نیاز به تعهد مدیران و کارکنان، تبادل اطلاعات و دانش، تحقیق و توسعه، کار تیمی، فرایندهای شفاف و بهبود عملکرد دارد [۱۸].

پژوهش‌های بسیار محدودی به ارزشیابی اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران پرداختند. به عنوان مثال، پژوهشی که در بیمارستان‌های استان خوزستان به تازگی انجام شد، میزان موفقیت حاکمیت بالینی در این بیمارستان‌ها را در حد متوسط (۶۵ درصد)، ارزشیابی کرد. بیشترین میزان موفقیت در محور آموزش و مدیریت کارکنان و کمترین موفقیت در محور اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی حاکمیت بالینی گزارش شد [۱۹]. شهادی صادقی میزان موفقیت حاکمیت بالینی را در بیمارستان‌های شهر تهران در حد متوسط (۵۶/۴ درصد) ارزشیابی کرد. بیشترین میزان موفقیت بیمارستان‌ها

در این پژوهش شرکت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. برای طراحی پرسشنامه یک مطالعه مروری انجام شد [۲۵-۲۸]. پرسشنامه دارای سه بخش بود. بخش اول و دوم پرسشنامه شامل ۷ سوال مربوط به اطلاعات بیمارستان و ۱۰ سوال بسته و ۵ سوال باز مرتبط با کارشناس مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان بود. بخش سوم پرسشنامه شامل ۳۰ سوال بود که موانع اجرایی حاکمیت بالینی در بیمارستان را در ۵ محور موانع مدیریتی، موانع فرهنگی، موانع نیروی انسانی، موانع فرایندی و موانع ساختاری می‌سنجید.

سوالات این بخش بر اساس مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای با گزینه‌های هرگز، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد تنظیم شد. این شش گزینه از صفر تا پنج ارزش‌گذاری شد. روایی پرسشنامه توسط اعضای هیأت علمی گروه مدیریت خدمات بهداشتی، درمانی و گروه مدیریت و فن‌آوری اطلاعات سلامت دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی تهران (در زمان ادغام دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران) سنجیده شد. برای سنجش پایایی پرسشنامه، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد (جدول ۱). برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS و آمار توصیفی و استنباطی مرتبط استفاده شد. ملاحظات اخلاقی نظیر جلب رضایت آگاهانه، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان در پژوهش و بی‌طرفی پژوهشگر در این پژوهش رعایت شد.

در محور تعامل با بیمار و کمترین موفقیت در محورهای ممیزی بالینی و اثربخشی بالینی بوده است [۲۰]. ابراهیم پور و همکاران نیز در پژوهشی در یک بیمارستان تأمین اجتماعی اردبیل، میزان موفقیت اجرایی حاکمیت بالینی را در حد متوسط گزارش کردند [۲۱]. به عبارتی، اجرای حاکمیت بالینی با موفقیت زیادی مواجه نشده است. این در حالی است که مطالعات خارجی بیانگر موفقیت حاکمیت بالینی در دستیابی به اهداف تعیین شده است [۲۲-۲۴].

بررسی علل موفقیت پایین حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های کشور و برنامه‌ریزی برای رفع آن موانع نقش قابل توجهی در موفقیت حاکمیت بالینی خواهد داشت. بنابراین، این پژوهش به دنبال این است که با شناسایی موانع اجرای موفقیت آمیز حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان، راه‌کارهای مناسبی را به مدیران بیمارستان‌ها برای اجرای این استراتژی سازمانی پیشنهاد کند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش بنیادی است که به صورت مقطعی و توصیفی در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی شاغل در بیمارستان‌های استان خوزستان (۴۳ بیمارستان) بود که اطلاعات کامل در زمینه اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان داشتند. تعداد ۳ بیمارستان نظامی استان

جدول ۱- سوالات مربوط به موانع اجرایی حاکمیت بالینی و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه

ابعاد پرسشنامه	تعداد سوالات	شماره سوالات	ضریب آلفای کرونباخ
موانع مدیریتی	۸	۱-۸	۰/۹۳۷
موانع فرهنگی	۵	۹-۱۳	۰/۹۲۲
موانع نیروی انسانی	۸	۱۴-۲۱	۰/۹۳۲
موانع فرایندی	۴	۲۲-۲۵	۰/۸۷۰
موانع ساختاری	۵	۲۶-۳۰	۰/۹۰۲
موانع اجرایی حاکمیت بالینی در بیمارستان	۳۰	۱-۳۰	۰/۹۷۲

جدول شماره ۳، اطلاعات دموگرافیکی کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان‌های استان خوزستان را نشان می‌دهد. بیشتر کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی بیمارستانها خانم، لیسانس، در گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال و دارای سابقه کار ۵ تا ۱۰ سال بودند. نود درصد مسئولین حاکمیت بالینی بیمارستان‌ها حداقل دوره‌های آموزشی کوتاه مدت مرتبط را گذرانده‌اند. غالب این آموزش‌ها از سوی دانشگاه برای بیمارستان‌ها برنامه‌ریزی شده بود.

یافته‌ها

جدول شماره ۲، مشخصات بیمارستان‌های شرکت‌کننده در پژوهش را نشان می‌دهد. بیشتر بیمارستان‌ها عمومی بودند. کوچکترین و بزرگترین بیمارستان‌ها به ترتیب ۳۰ و ۷۰۰ تخت داشتند. بیمارستان‌های مورد مطالعه به طور میانگین ۱۵۸ تخت و ۳۵۵ نفر کارمند داشتند.

میانگین زمان اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان ۲۳ ماه بود. تنها ۷ بیمارستان برای اجرای حاکمیت بالینی از خدمات مشاوره سازمان‌های دیگر استفاده کردند. میزان تعهد مدیران و کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی به ترتیب ۶۹ و ۵۸ درصد بوده است. میانگین موانع اجرایی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان برابر با ۲/۹۲ از ۵ امتیاز بوده است (در حد متوسط). بیشترین میزان موانع مربوط به موانع ساختاری و کمترین این میزان مربوط به موانع مدیریتی گزارش شده است (جدول ۴). عدم مشارکت پزشکان در حاکمیت بالینی (۳/۵۵)، کمبود منابع مالی مورد نیاز برای اجرای حاکمیت بالینی (۳/۴۸) و وجود کاغذبازی و بروکراسی همراه با حاکمیت بالینی (۳/۴۳) بیشترین مانع را در اجرای حاکمیت بالینی ایجاد کردند. آزمون آنالیز واریانس نشان داد که موانع مربوط به نیروی انسانی، موانع مدیریتی و موانع ساختاری بیشترین تأثیر منفی را بر اجرای حاکمیت بالینی داشتند. عدم وجود یک سیستم اطلاعاتی مناسب برای جمع‌آوری، ثبت، تحلیل و بازیابی داده‌ها و اطلاعات، عدم اولویت حاکمیت بالینی برای سازمان، عدم وجود خلاقیت و نوآوری در سازمان، تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آنها و مدیریت و رهبری ضعیف در سازمان به ترتیب بیشترین اثر منفی را بر اجرای حاکمیت بالینی داشتند.

جدول ۲- مشخصات بیمارستان‌های مورد پژوهش

متغیر	نوع بیمارستان	فراوانی	درصد
از نظر تخصص	عمومی	۲۷	۶۷/۵
	تک تخصصی	۷	۱۷/۵
	فوق تخصصی	۶	۱۵
	جمع کل	۴۰	۱۰۰
از نظر مالکیت	دانشگاهی آموزشی	۸	۲۰
	دانشگاهی غیر آموزشی	۱۶	۴۰
	خصوصی	۶	۱۵
	تامین اجتماعی	۴	۱۰
	سایر	۶	۱۵
	جمع کل	۴۰	۱۰۰

جدول ۳- مشخصات کارشناسان حاکمیت بالینی شرکت کننده در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت			میزان تحصیلات		
زن	۳۷	۹۲/۵	لیسانس	۳۷	۹۲/۵
مرد	۳	۷/۵	فوق لیسانس	۳	۷/۵
گروه سنی			سابقه کار		
زیر ۳۰ سال	۱	۳	کمتر از ۵ سال	۸	۲۰
۳۰ تا ۳۹ سال	۷	۱۸	۵-۱۰ سال	۱۹	۴۷/۵
۴۰ تا ۴۹ سال	۲۴	۶۰	۱۱-۱۵ سال	۷	۱۷/۵
بالای ۵۰ سال	۸	۲۰	۱۶-۲۰ سال	۴	۱۰
			۲۱-۲۵ سال	۲	۵

جدول ۴- فراوانی و درصد موانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان

عنوان	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	انحراف معیار
موانع مدیریتی	۱۵	۱۵	۳۷/۵	۳۰	۲/۵	۲/۴۷	۱/۱۵
موانع فرهنگی	۵	۱۵	۴۵	۲۵	۱۰	۲/۸۳	۱/۰۲
موانع نیروی انسانی	۵	۲۰	۲۲/۵	۳۰	۲۲/۵	۳/۱۲	۱/۱۲
موانع فرایندی	۲/۵	۱۲/۵	۴۰	۲۲/۵	۲۲/۵	۳/۱۳	۱/۰۶
موانع ساختاری	۵	۱۷/۵	۲۷/۵	۲۷/۵	۲۲/۵	۳/۲۱	۱/۱۵
موانع اجرای حاکمیت بالینی	۲/۵	۱۷/۵	۳۲/۵	۳۵	۱۲/۵	۲/۹۲	۰/۹۹

طول اجرای حاکمیت بالینی (۲/۶۰) بیشترین مانع را ایجاد کردند. جابجایی مدیران ارشد، عدم توجه ضرورت اجرای حاکمیت بالینی و مدیریت و رهبری ضعیف بیشترین اثر را بر مشکلات مدیریتی حاکمیت بالینی داشتند. در محور موانع فرهنگی حاکمیت بالینی

در محور موانع مدیریتی حاکمیت بالینی، اجرای همزمان برنامه اعتباربخشی بیمارستان‌ها در کنار اجرای حاکمیت بالینی (۲/۹۸)، عدم توجه ضرورت اجرای حاکمیت بالینی و ماهیت دیکته‌ای بودن آن (۲/۷۳) و بی‌ثباتی مدیران ارشد (جابجایی مدیران) در

وجود مکانیسم‌های منظم برای ممیزی و ارزیابی خدمات بیمارستانی و پیچیدگی فرایندهای کاری و تعداد زیاد آنها بیشترین اثر را بر مشکلات فرایندی حاکمیت بالینی داشتند. در نهایت، در محور موانع ساختاری، کمبود منابع مالی مورد نیاز برای اجرای حاکمیت بالینی (۳/۴۸) و کمبود زمان (۳/۲۵) بیشترین مانع را ایجاد کردند. کمبود زمان و کمبود منابع فیزیکی (تجهیزات، ملزومات و مواد) بیشترین اثر را بر مشکلات ساختاری حاکمیت بالینی داشتند.

رابطه معناداری در سطح ($P=0/01$) بین موانع اجرایی حاکمیت بالینی بدست آمد. رابطه بین موانع نیروی انسانی و موانع فرایندی از سایر روابط معنادارتر بود (جدول ۵). بین میزان مشارکت و تعهد مدیران و مشارکت کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی رابطه آماری معناداری مشاهده شد ($r=0/639$ و $p=0/001$). بین نوع بیمارستان و میزان موانع اجرایی حاکمیت بالینی رابطه آماری معناداری مشاهده نشد ($p=0/157$).

عدم وجود فرهنگ مشارکتی و کار گروهی در سازمان (۳/۰۰) و عدم وجود خلاقیت و نوآوری در سازمان (۲/۹۵) بیشترین مانع را ایجاد کردند. موانع فرهنگی (بی نظمی، مسئولیت ناپذیری، عدم پاسخگویی) و عدم وجود یک فرهنگ مشارکتی و کار گروهی در سازمان بیشترین اثر را بر مشکلات فرهنگی حاکمیت بالینی داشتند. در محور موانع نیروی انسانی حاکمیت بالینی، عدم مشارکت پزشکان در حاکمیت بالینی (۳/۵۵)، تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آنها (۳/۳۸) و مقاومت کارکنان در مقابل اجرای حاکمیت بالینی (۳/۲۵) بیشترین مانع را ایجاد کردند. مقاومت کارکنان در مقابل اجرای حاکمیت بالینی، تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آنها و آموزش ناکافی کارکنان به منظور اجرای حاکمیت بالینی بیشترین اثر را بر مشکلات نیروی انسانی حاکمیت بالینی داشتند. در محور موانع فرایندی حاکمیت بالینی، وجود کاغذبازی و بروکراسی همراه با حاکمیت بالینی (۳/۴۳) و پیچیدگی فرایندهای کاری و تعداد زیاد آنها در بیمارستان (۳/۳۰) بیشترین مانع را ایجاد کردند. عدم

جدول ۵- ماتریس همبستگی بین محورهای هفتگانه حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان

ضریب همبستگی	موانع مدیریتی	موانع فرهنگی	موانع نیروی انسانی	موانع فرایندی	موانع ساختاری
موانع فرهنگی	۰/۸۰۴	۰/۸۱۸			
موانع نیروی انسانی	۰/۷۸۲	۰/۶۱۷	۰/۸۲۴		
موانع فرایندی	۰/۶۵۷	۰/۵۷۴	۰/۷۴۳	۰/۸۰۳	
موانع ساختاری	۰/۶۵۹	۰/۸۶۸	۰/۹۴۷	۰/۸۵۷	۰/۸۳۵
موانع اجرای حاکمیت بالینی	۰/۹۰۶				

بحث

موفقیت در محورهای اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی بوده است [۱۹]. بنابراین، پژوهش حاضر دلایل موفقیت پایین حاکمیت بالینی را در بیمارستان‌های استان خوزستان به خوبی بیان می‌کند. کریمی و همکاران (۱۳۹۱) مهمترین موانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد را کمبود پرسنل و حجم بالای کاری آنها، عدم حمایت و تعهد مدیران، آگاهی ناکافی کارکنان از حاکمیت بالینی، عدم وجود سیستم انگیزشی مناسب، فرهنگ نامناسب سازمانی و عدم اجرای کامل برنامه حاکمیت بالینی بیان کردند [۲۹]. یوسفیان و همکاران (۱۳۹۱) هم عدم موفقیت در استقرار حاکمیت بالینی در بسیاری از سازمان‌های بهداشتی و درمانی را به خاطر اشکال در مدیریت و فرهنگ سازمانی بیان کردند. کمبود منابع و تجربه، مدیریت و برنامه‌ریزی ضعیف، عدم تعهد مدیران و کارکنان، پیگیری‌های منقطع و پشتیبانی ناکافی از موانع مهم اجرای

این پژوهش با هدف شناسایی موانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان انجام شده است. میزان موانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های استان خوزستان در حد متوسط ارزیابی شد. بیشترین میزان موانع مربوط به موانع ساختاری و کمترین میزان موانع مربوط به موانع مدیریتی گزارش شده است. عدم مشارکت پزشکان، کمبود منابع مالی و بروکراسی زیاد بیشترین مانع را در اجرای حاکمیت بالینی ایجاد کردند. موانع مربوط به نیروی انسانی، موانع مدیریتی و موانع ساختاری بیشترین تأثیر منفی را بر اجرای حاکمیت بالینی داشتند. در پژوهشی که در بیمارستان‌های استان خوزستان در سال ۱۳۹۳ انجام شد، میزان موفقیت حاکمیت بالینی در این بیمارستان‌ها در حد متوسط ارزیابی شد. بیشترین موفقیت حاکمیت بالینی در آموزش و مدیریت کارکنان و کمترین

حاکمیت بالینی بوده است [۳۰].

زیاری و همکاران (۱۳۹۳) کمبود منابع مالی، چالش‌های مرتبط با منابع انسانی، نقص سیستم‌های ثبت و مستندسازی، فرهنگ سازمانی نامناسب، کمبود آگاهی مدیران و کارکنان، نظارت و ارزشیابی نامناسب، فقدان هماهنگی بین بخشی و رهبری سازمانی ضعیف را از موانع مهم استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بیان کردند [۳۱]. دهنویه و همکاران (۱۳۹۱) کمبود متخصص در زمینه حاکمیت بالینی، انگیزه پایین کارکنان، کمبود نیروی انسانی، تعهد پایین مدیران، جابجایی بالای مدیران، ارتباطات ضعیف سازمانی، آموزش ناکافی کارکنان، تعجیل در دستیابی به نتایج، عدم احساس نیاز به تغییر، کار تیمی ضعیف، محدودیت مالی، کمبود منابع و دسترسی محدود به داده‌ها و اطلاعات را از موانع اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی کرمان دانستند [۳۲].

موانع مدیریتی از جمله موانع استراتژیک هر نوع برنامه تغییر سازمانی از جمله حاکمیت بالینی است. موفقیت یا شکست هر سازمانی تا حد زیادی به مدیریت آن سازمان بستگی دارد. به خاطر ماهیت ویژه بیمارستان‌ها به مدیران باهوش، فرهمند، توانا، با تجربه و متعهد نیاز است. در صورت عدم تعهد مدیران به اجرای برنامه، امکانات لازم برای اجرای برنامه فراهم نشده و کارکنان انگیزه لازم را برای اجرای موثر حاکمیت بالینی نخواهند داشت. تعهد مدیران باید به صورت عملی باشد. آنها باید منابع مورد نیاز را برای ارتقای فرایندهای کاری کارکنان فراهم کنند. کارکنان همواره به مدیران خود به عنوان یک الگوی سازمانی توجه دارند. تعهد و مشارکت فراگیر مدیران منجر به افزایش مشارکت و تعهد کارکنان خواهد شد. مدیران باید اصول حاکمیت بالینی را در برنامه استراتژیک و عملیاتی بیمارستان‌ها لحاظ کنند تا با اجرای برنامه‌ها، دستیابی به اهداف حاکمیت بالینی ممکن شود. جابجایی مدیران ارشد، عدم توجه ضرورت اجرای حاکمیت بالینی و مدیریت و رهبری ضعیف بیشترین تأثیر را بر مشکلات مدیریتی حاکمیت بالینی در این پژوهش داشتند. مطالعات قبلی نیز موانع مدیریتی زیادی را در اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران گزارش کردند [۳۲-۲۸]. مدیریت و رهبری قوی، تصمیم‌گیری مبتنی بر حقایق، تعهد مدیران نسبت به اجرای موفق حاکمیت بالینی، حمایت مدیران از کارکنان و ثبات مدیران نقش قابل توجهی در موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها دارد [۱۹].

در حالی که، حاکمیت بالینی ابزاری برای ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی است، برخی از مدیران آن را هدف قلمداد می‌کنند. هدف این مدیران فقط اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان است. بنابراین، فقط در برخی از محورهای ساده نظیر آموزش کارکنان اقداماتی انجام می‌شود. در نتیجه، با توجه به عدم

سرمایه‌گذاری در محورهای دیگر به ویژه محورهایی که نیاز به تغییر ساختار و فرهنگ سازمانی دارد، موفقیت چندانی حاصل نمی‌شود و بعد از مدتی این استراتژی سازمانی جای خود را به استراتژی دیگری خواهد داد. در نتیجه، خواهیم دید که برخلاف بسیاری از بیمارستان‌های کشورهای توسعه یافته که اجرای این استراتژی‌ها منجر به بهبود کیفیت و ایمنی خدمات می‌شود، در بیمارستان‌هایی که ابزار تبدیل به هدف می‌شود، نتایج چشمگیری مشاهده نمی‌شود. علاوه بر این، حدود ۸۰ درصد بیمارستان‌های کشور دولتی یا نیمه دولتی هستند که مدیران آنها ممکن است ضرورت چندانی برای اجرای استراتژی‌ها و تاکتیک‌های مدیریتی احساس نکنند. ابلاغ برنامه‌های متعدد و پراکنده توسط نهادهای ناظر نظیر دانشگاه و وزارت بهداشت و عدم پیگیری مناسب منجر به استفاده ابزاری از این برنامه‌ها خواهد شد. در نتیجه، هزینه زیادی به بیمارستان‌ها تحمیل می‌شود، در حالی که منفعت چندانی ممکن است حاصل نشود.

فرهنگ سازمانی مجموعه‌ای از مفروضات، اعتقادات، ارزش‌ها، نگرش‌ها، اندیشه‌ها، هنجارها، احساسات، اعمال و رفتارهای مشترک بین کارکنان یک سازمان است [۱۱]. این پژوهش نشان داد که موانع فرهنگی (بی‌نظمی، مسئولیت ناپذیری، عدم پاسخگویی) و عدم وجود یک فرهنگ تیمی و خلاقانه در موفقیت حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها اثر منفی دارد که تأیید کننده مطالعات مشابه قبلی هم است [۲۹، ۳۱]. موفقیت یا شکست برنامه‌ها و استراتژی‌های تغییر سازمانی تا حدود زیادی به فرهنگ سازمانی بستگی دارد [۱۱ و ۳۵-۳۳]. پژوهش‌های متعدد بیانگر ارتباط بین فرهنگ سازمانی و خلاقیت و نوآوری در سازمان [۳۶]، تعهد کاری کارکنان [۳۷] و رضایت شغلی آنها است [۳۸]. فرهنگ سازمانی که شامل احترام کارکنان به یکدیگر، کار گروهی، خلاقیت و نوآوری باشد، منجر به رضایت شغلی و تعهد سازمانی کارکنان می‌شود [۳۹]. توسعه ارزش‌ها و رفتارهای مثبت مشترک بین کارکنان برای ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و بهبود نتایج بالینی الزامی است [۴۰]. یک فرهنگ سازمانی منسجم و خوب منجر به توسعه خلاقیت سازمانی، بهبود روحیه کار گروهی بین کارکنان، ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و رضایت بالای بیماران می‌شود [۴۲-۴۱]. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید اقداماتی در زمینه توسعه یک فرهنگ مناسب برای اجرای بهتر حاکمیت بالینی انجام دهند. استفاده از تکنیک‌های نظام پیشنهادها، نظام آراستگی محیط کار، نگهداری بهره‌ور جامع تجهیزات و بهبود مستمر کیفیت در این راستا پیشنهاد می‌شود. ارائه خدمات با کیفیت بالای بهداشتی و درمانی به کارکنان دارای دانش، مهارت، توانایی و انگیزه بالا نیاز دارد. کارکنان مهم‌ترین سرمایه سازمان هستند. بهره‌وری سازمان‌ها تا حد زیادی به کارکنان

کند. این امر در نهایت منجر به افزایش مشارکت آنها در اجرای حاکمیت بالینی خواهد شد [۴۷]. در بررسی دیگری که در سال ۲۰۰۸ میلادی در ولز بر روی گروهی از متخصصین تغذیه انجام شد، موانع عمده عدم مشارکت متخصصین در فعالیت‌های حاکمیت بالینی مواردی چون کمبود وقت، بودجه ناکافی، امکانات پژوهشی کم و مهارت‌های ارزیابی انتقادی ناکافی بیان شد [۴۸].

پزشکان باید نتایج ملموس اجرای استراتژی‌های سازمانی نظیر حاکمیت بالینی و اعتباربخشی را در عمل به ویژه در رضایت بیماران خود ببینند. در چنین حالتی امکان مشارکت آنها بیشتر می‌شود. دادن مسئولیت اجرایی در زمینه حاکمیت بالینی به پزشکان با سابقه بیشتر در بیمارستان و دارای نفوذ در سایر پزشکان می‌تواند مشارکت سایر پزشکان را تشویق کند. علاوه بر این، مشارکت دادن پزشکان جوان و علمی که فرصت بیشتری دارند در فعالیت‌های حاکمیت بالینی منجر به تشویق سایر کارکنان بیمارستان در اجرای حاکمیت بالینی خواهد شد. مدیران می‌توانند از پاداش‌های مبتنی بر عملکرد نیز برای افزایش مشارکت کارکنان و پزشکان استفاده کنند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که وجود کاغذبازی و بروکراسی همراه با حاکمیت بالینی، پیچیدگی فرایندهای کاری و تعداد زیاد آنها و عدم وجود مکانیسم‌های منظم برای ممیزی و ارزیابی خدمات بیمارستانی از جمله موانع مهم فرایندی حاکمیت بالینی هستند که به نوعی تأییدکننده مطالعات قبلی هم است [۳۱-۳۲]. علاوه بر این، پژوهش حاضر نشان داد که کمبود زمان و کمبود منابع فیزیکی (تجهیزات، ملزومات و مواد) بیشترین اثر را بر مشکلات ساختاری حاکمیت بالینی داشتند. سایر پژوهش‌های انجام شده در بیمارستان‌های ایران نیز کمبود منابع و آماده نبودن ساختارها را از جمله موانع مهم اجرای موفقیت آمیز حاکمیت بالینی گزارش کردند [۳۰-۳۲]. کیفیت رایگان نیست. برای دستیابی به کیفیت باید هزینه کرد. این هزینه سرمایه‌گذاری محسوب می‌شود و از اتلاف منابع و دوباره‌کاری‌ها جلوگیری خواهد شد. دستیابی به نتایج خوب نیازمند داشتن ساختارها و فرایندهای خوب است. بنابراین، مدیران باید ساختارها و منابع لازم را در اختیار کارکنان قرار دهند تا بتوانند به نتایج خوب دست یابند. با این وجود، توجه به اصل کارایی در استفاده از منابع سازمانی الزامی است. عدم توجه به کارایی دستیابی به اثربخشی را هم محدود می‌سازد.

پژوهش حاضر نشان داد که بکارگیری مدل‌های مدیریت کیفیت بدون بومی‌سازی و توجه به ساختار و فرهنگ سازمانی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، نتایج مثبت زیادی به دنبال نخواهد داشت. استفاده از مدل‌ها و استراتژی‌های توسعه یافته در کشورهای غربی لزوماً منجر به ارتقای عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران نخواهد شد. این مدل‌ها باید متناسب با ساختار و فرهنگ سازمان‌های

و تلاش منسجم آن‌ها برای دستیابی به اهداف سازمانی بستگی دارد [۲]. کارکنان با انگیزه و متعهد، مشارکت بیشتری در سازمان داشته و نقش به‌سزایی در موفقیت سازمان دارند [۴۳]. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید رویکرد خود را به سمت مدیریت مؤثر کارکنان معطوف کرده و به کیفیت زندگی کاری کارکنان و نیازهای آن‌ها توجه بیشتری کنند. در این پژوهش در محور موانع نیروی انسانی حاکمیت بالینی، عدم مشارکت پزشکان در حاکمیت بالینی، تعداد کم کارکنان، بار کاری زیاد و مقاومت کارکنان در مقابل اجرای حاکمیت بالینی بیشترین مانع را ایجاد کردند. پژوهشی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم نشان داد که عدم رضایت شغلی کارکنان بیمارستان‌ها تأثیر منفی بر موفقیت حاکمیت بالینی داشته است [۴۴]. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها پیش از اجرای هر برنامه تغییر سازمانی باید کارکنان را در زمینه منافع تغییر سازمانی توجیه کنند و در زمینه نحوه اجرای برنامه تغییر آموزش دهند. سپس، اختیارات لازم را به آنها داده، انگیزش لازم را ایجاد کرده و آنها را در راستای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه تغییر سازمانی هدایت و رهبری کنند. در این صورت است که کارکنان توانمند شده و تلاش‌های آنها منجر به عملکرد مثبت خواهد شد. آموزش به تنهایی منجر به توانمندی کارکنان نمی‌شود، انگیزش و اختیارات لازم هم باید به کارکنان داده شود.

پژوهش‌های متعددی مشارکت پزشکان را در برنامه‌های مختلف مدیریت کیفیت چالشی بزرگ بیان کردند [۴۶، ۴۵]. زمانی که روش پرداخت به پزشکان کارانه است، مجاب کردن آنها به مشارکت در برنامه‌های مدیریت کیفیت نظیر حاکمیت بالینی که از آنها می‌خواهد شفاف، مشتری مدار، مسئولیت پذیر و پاسخگو باشند، کار دشواری است. آنها ترجیح می‌دهند به جای حضور در جلسات مختلف مدیریتی که از آنها خواسته می‌شود که استانداردها، پروتکل‌ها و مقررات مدیریتی را اجرا کنند و در کلاس‌های آموزشی متعددی حضور یابند، به ویزیت و درمان بیماران خود بپردازند که درآمدزا هم است.

هوگان در سال ۲۰۰۷ میلادی به بررسی نگرش متخصصان پزشکی به حاکمیت بالینی پرداخت. عدم تمرکز بر بهبود کیفیت، روابط ضعیف بین متخصصان پزشکی و مشارکت پایین پزشکان از مهمترین دلایل نگرش منفی متخصصان پزشکی نسبت به حاکمیت بالینی بود. در نتیجه متخصصان تمایل زیادی به مشارکت در فرایند حاکمیت بالینی از خود نشان نمی‌دادند. متخصصان پزشکی عقیده داشتند که درگیر کردن متخصصان در فرایند تدوین اهداف کیفیتی و دستیابی به آنها، بیان عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات پزشکی به مدیران و داشتن ساختارها و فرایندهای پشتیبان حاکمیت بالینی می‌تواند به ایجاد نگرش مثبت در متخصصان پزشکی نسبت به حاکمیت بالینی کمک

نتیجه گیری

این پژوهش موانع اجرای حاکمیت بالینی را از دیدگاه کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی مورد بررسی قرار داده است. اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستانهای ایران با موانع ساختاری، فرایندی، انسانی، فرهنگی و مدیریتی متعددی مواجه است. بکارگیری اقدامات لازم توسط مدیران بیمارستانها برای رفع این موانع قبل از اجرای تکنیکهای مدیریت کیفیت مانند حاکمیت بالینی ضروری است. علاوه بر این، سیاستگذاران بهداشت و درمان باید قبل از معرفی و ابلاغ استراتژیها و تاکتیکهای توسعه یافته در صنایع غربی به سازمانهای بهداشتی و درمانی ایران، با در نظر گرفتن ساختار و فرهنگ سازمانی و میزان بلوغ سازمانی کارکنان، مدل مناسب این سازمانها را توسعه دهند و برای اجرا پیشنهاد کنند. اجباری کردن مدلها و استراتژیهای مدیریتی در شروع، نتایج خوبی به دنبال نخواهد داشت. مدیران و کارکنان سازمانهای بهداشتی و درمانی باید ضرورت استفاده از این مدلها را کاملاً درک کنند و به درستی آنها را به کار گیرند. این پژوهش تنها در بیمارستانهای استان خوزستان انجام شده است و نتایج آن به بیمارستانهای کشور قابل تعمیم نیست. بنابراین، پیشنهاد می شود که این پژوهش در سایر استانهای کشور هم انجام شود تا تصویر جامع تری از چالشهای اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستانهای کشور به دست آید.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مدارک پزشکی با عنوان "بررسی نقش مدیریت اطلاعات در اجرای موفقیت آمیز حاکمیت بالینی در بیمارستانهای استان خوزستان" بود که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شد. نویسندگان مقاله لازم می دانند از همکاری کلیه کارشناسان مسئول حاکمیت بالینی بیمارستانهای شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی کنند. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، قدردانی می کنند.

بهداشتی و درمانی ایران تغییر یافته و به کار گرفته شوند. بیمارستان یک سازمان اجتماعی بسیار پیچیده است. مدیریت اثربخش و کارآمد چنین سازمانی بدون داشتن یک سیستم مدیریت جامع امکانپذیر نیست. مدیران بیمارستانها به جای استفاده ابزاری از مدلها و استراتژیهای توسعه یافته در غرب باید نسبت به توسعه سیستم مدیریت بیمارستانهای خود اقدام کنند. به عنوان مثال، مصدق راد یک مدل مدیریت کیفیت برای سازمانهای بهداشتی و درمانی ایران توسعه داد [۴۹] که اجرای آن منجر به افزایش تعهد سازمانی و رضایت شغلی کارکنان [۵۲-۵۰]، افزایش بهره‌وری بیمارستانها [۵۳]، بهبود کیفیت خدمات [۵۴] و افزایش رضایت بیماران [۵۵] شده است.

بنابراین، مدیران بیمارستانها باید یک سیستم جامع مدیریتی برای سازمان خود طراحی کنند که اصول و عناصر تکنیکهای مدیریتی نظیر حاکمیت بالینی و اعتباربخشی در قالب اقداماتی در برنامه‌های این سیستم مدیریت جای می‌گیرد. در نتیجه، سازمان بیمارستان فقط یک برنامه عملیاتی دارد که اجرای درست آن منجر به بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی می‌شود. عدم وجود یک سیستم جامع مدیریت بیمارستان، موجب می‌شود که مدیران هر از چند گاهی به صورت جزیره‌وار اقدام به بکارگیری برنامه‌ها، استراتژیها و تاکتیکهایی نظیر مدیریت عملکرد، مدیریت کیفیت فراگیر، حاکمیت بالینی، اعتباربخشی و طرح تحول سلامت کنند که وجوه مشترک زیادی هم دارند. در نتیجه، از منابع سازمان زیاد استفاده می‌شود، در حالیکه، نتایج قابل توجه نیستند. به عنوان مثال، اجرای حاکمیت بالینی که توسط دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت ابلاغ شده بود، تحت تأثیر ابلاغ اعتباربخشی توسط دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت قرار گرفت. در نتیجه، مدیران بیمارستانها بیشتر ترجیح دادند که بر اجرای استانداردهای اعتباربخشی متمرکز شوند که تأثیر مستقیم بر تعیین درجه بیمارستانها و تعرفه دریافتی از بیماران دارد. در حالی که، حاکمیت بالینی می‌تواند نقش بسزایی در موفقیت بیمارستانها در اجرای اعتباربخشی داشته باشد و به نوعی بازوی اجرایی اعتباربخشی محسوب می‌شود.

References

- 1- Mosadeghrad AM. A survey of total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations. International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services 2005; 18(3):12-34.
- 2- Mosadeghrad AM. Principles of healthcare management, Tehran: Dibagran Tehran 2003 (In Persian).

- 3- Mosadeghrad AM. Why TQM does not work in healthcare organizations. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2014; 27(4):320-35.
- 4- Aghlmand S, Akbari F, Lameei A, Mohammad K, Small R, Arab M. Developing evidence-based maternity care in Iran: a quality improvement study. *BMC pregnancy and childbirth* 2008; 8(1):20.
- 5- Askarian M, Heidarpoor P, Assadian O. A total quality management approach to healthcare waste management in Namazi Hospital, Iran. *Waste Management* 2010; 30(11):2321-26.
- 6- Hamidi Y, Tabibi J. A Survey of TQM implementation in Hamadan healthcare organisations. *Journal of Hamadan University of Medical Sciences* 2004; 11(1):37-43.
- 7- Mohammadi SM, Mohammadi SF, Hedges JR, Zohrabi M, Ameli O. Introduction of a quality improvement program in a children's hospital in Tehran: design, implementation, evaluation and lessons learned. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; 19(4):237-43.
- 8- Dargahi H. Factors affecting TQM failure in healthcare organisations. *Teb and tazkieh* 2003; 50:49-61 (In Persian).
- 9- Hamidi Y. Strategic Leadership for effectiveness of quality managers in medical sciences Universities: what skills is necessary. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences* 2009; 3(3):2563-69.
- 10- Torani S, Tabibi SJ, Shahbazi B. Influencing factors on implementation of total quality management at teaching hospitals affiliated with Iran University of Medical Sciences. *Hakim Health Systems Research Journal* 2008; 11(2):22-32 (In Persian).
- 11- Mosadeghrad AM. The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management. *TQM Journal* 2006; 18(6): 606-25.
- 12- Mosadeghrad A, Shaali F, TajmirRiahi Z. The applicability of ISO 9001: 2000 in university hospitals: The managers' perspectives'. *Information and Management in Health* 2006; 2(2):1-10.
- 13- Ravaghi H, Heidarpoor P, Mohseni M, Rafie S. Senior managers' viewpoints toward challenges of implementing clinical governance: A national study in Iran. *International Journal of Health Policy and Management* 2013; 1: 295-99.
- 14- Vanu Som C. Clinical governance: a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal* 2004; 9(2):87-90.
- 15- Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317(7150):61-65.
- 16- McSherry R, Pearce P. *Clinical governance: A guide to implementation for healthcare professionals*. 3rd ed. New Delhi: John Wiley & Sons 2011.
- 17- Haxby E, Hunter D, Jaggar S. *An introduction to clinical governance and patient safety*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
- 17- Wall D, Conlon M, Cullen R, Halligan A. *Learning by doing: training general practitioners to be appraisers*.

British Journal of Clinical Governance 2002; 7(4):294-98.

- 18- Mosadeghrad AM, Sadoughi F, Ghorbani M. The role of information management in successful implementation of clinical governance. Health-Based Research 2016; 2(3):207-21 (In Persian).
- 19- Shahidi-Sadeghi N. A survey of clinical governance success in Tehran city hospitals [dissertation]. School of Public Health: Tehran University of Medical Sciences 2015.
- 20- Ebrahimpour H, Yaghubi N, Zahedi SS. Organizational learning capacity and clinical governance implementation in social security hospital (A case study). Journal of Hospital 2016; 15(2):75-83 (In Persian).
- 21- Trong Tuan L. Clinical governance: a lever for change in Nhan Dan Gia Dinh Hospital in Vietnam. Clinical Governance: an International Journal 2012; 17(3):223-47.
- 22- Degeling P, Zhang K, Coyle B, Xu L, Meng Q, Qu J, et al. Clinicians and the governance of hospitals: A cross-cultural perspective on relations between profession and management. Social Science & Medicine 2006; 63(3):757-75.
- 23- Sweeney G, Sweeney K, Greco M, Stead J. Implementing clinical governance within primary care. Journal of Clinical Excellence 2002; 4(1):108-10.
- 24- Braithwaite J, Travaglia JF. An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. Australian Health Review 2008; 32(1):10-22.
- 25- Konteh FH, Mannion R, Davies HT. Clinical governance views on culture and quality improvement. Clinical Governance: an International Journal 2008; 13(3):200-207.
- 26- Campbell S, Sheaff R, Sibbald B, Marshall M, Pickard S, Gask L, et al. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: Reconciling quality improvement and quality assurance. Quality and Safety in Health Care 2002; 11(1):9-14.
- 27- Grainger C, Hopkinson R, Barrett V, Campbell C, Chittenden S, Griffiths R, et al. Implementing clinical governance—results of a year’s programme of semi-structured visits to assess the development of clinical governance in West Midlands Trusts. British Journal of Clinical Governance 2002; 7(3):177-86.
- 28- Karimi M. A survey of clinical governance barriers in Mashhad university hospitals: Staff perspectives. Proceeding of the First Congress Of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement 2012 May. 16-17; Tabriz, Iran (In Persian).
- 29- Yousefian Sh. Kokabi F. & Najafi M. Clinical governance implementation challenges in Iranian healthcare organizations. Proceeding of the First Congress Of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement 2012 May. 16-17; Tabriz, Iran (In Persian).
- 30- Ziari A, Abachizade K, Rassouli M, Haidarnia Ma, Mohseny M. Assessment of barriers of implementation of clinical governance in educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical sciences: A qualitative study. Hospital 2015; 13(4):93-103 (In Persian).

- 31- Dehnavieh R, Ebrahimipour H, Jafari Zadeh M, Dianat M, Noori Hekmat S, Mehroolhassani MH. Clinical governance: The challenges of implementation in Iran. *International Journal of Hospital Research* 2013; 2(1):1-10.
- 32- Scott-Cawiezell J, Jones K, Moore L, Vojir C. Nursing home culture: a critical component in sustained improvement. *Journal of Nursing Care Quality* 2005; 20(4):341-48.
- 33- Davies HT, Nutley SM, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care* 2000; 9(2):111-19.
- 34- Peters TJ. Waterman R.H. *In search of excellence*. New York: Harper & Row 1982.
- 35- Poškienė A. Organizational culture and innovations. *Engineering Economics* 2006; 1 (46):45-50.
- 36- Silverthorne C. The impact of organizational culture and person-organization fit on organizational commitment and job satisfaction in Taiwan. *Leadership & Organization Development Journal* 2004; 25(7):592-99.
- 37- Lund DB. Organizational culture and job satisfaction. *Journal of Business & Industrial Marketing* 2003; 18(3):219-36.
- 38- McKinnon JL, Harrison GL, Chow CW, Wu A. Organizational culture: Association with commitment, job satisfaction, propensity to remain, and information sharing in Taiwan. *International Journal of Business Studies* 2003; 11(1):25-44.
- 39- Manoj Pawar M. Creating & sustaining a blame-free culture: A foundation for process improvement. *Physician Executive* 2007; 33(4):12-19.
- 40- Hann M, Bower P, Campbell S, Marshall M, Reeves D. The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. *Family Practice* 2007; 24(4):323-29.
- 41- Gregory BT, Harris SG, Armenakis AA, Shook CL. Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. *Journal of Business Research* 2009; 62(7):673-79.
- 42- Mosadeghrad AM, Ferlie E, Rosenberg D. A study of the relationship between job satisfaction, organizational commitment and turnover intention among hospital employees. *Health Services Management Research* 2008; 21(4):211-27.
- 43- Hojjat M, Mosalanejad L, Charkhandaz M, Pabarja E, Ehsani M, Mohammadi S. Barriers to clinical governance implementation: managers and nurses' perspectives. *Holistic Nursing and Midwifery Journal* 2015; 25 (78): 45-52 (In Persian).
- 44- McNulty T, Ferlie E. *Reengineering Health Care: The complexities of organizational transformation*. Oxford: Oxford University Press 2002.
- 45- Ransom SB. *The Healthcare Quality Book*. 2nd ed. Washington: Health Administration Press 2005.
- 46- Hogan H, Basnett I, McKee M. Consultants' attitudes to clinical governance: Barriers and incentives to engagement. *Public Health* 2007; 121(8):614-22.
- 47- Shakeshaft A. A study of the attitudes and perceived barriers to undertaking clinical governance activities of

- dietitians in a Welsh National Health Service trust. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2008; 21(3):225-38.
- 48- Mosadeghrad AM. Towards a theory of quality management: An integration of strategic management, quality management and project management. *International Journal of Modelling in Operations Management* 2012; 2(1):89-118.
- 49- Mosadeghrad AM. Strategic collaborative quality management and employee job satisfaction. *International Journal of Health Policy and Management* 2014; 2(4):167-74.
- 50- Mosadeghrad AM, Afshari M. The impact of quality management on job satisfaction of operating theatre department employees of Valiasr Hospital in Tehran: A participatory action research. *Journal of Health Based Research* 2016; 2(2):147-58 (In Persian).
- 51- Mosadeghrad AM, Ashrafi E. The impact of quality management on employees' job satisfaction in Respiratory Intensive Care Unit at Labbafinejad Hospital. *Journal of Hospital* 2015; 14(4):41-50 (In Persian).
- 52- Mosadeghrad AM, Afshari M. The impact of quality management on reducing canceled elective operations: a participatory action research. *Journal of Health in the Field* 2016; 3(4): 41-48 (In Persian).
- 53- Mosadeghrad A, Khalaj F. The impact of quality management in reducing surgical site infection: An action research. *Medical Council Journal* 2015; 33(2):110-18 (In Persian).
- 54- Mosadeghrad AM. Implementing strategic collaborative quality management in healthcare sector. *International Journal of Strategic Change Management* 2012; 4(3-4):203-28.